

Accessibilité financière et équité du système belge de soins de santé.  
De l'organisation du système de santé à l'impact d'actions spécifiques :  
la politique de la Clinique André Renard

Fabienne Fecher

Jean-Marc Close

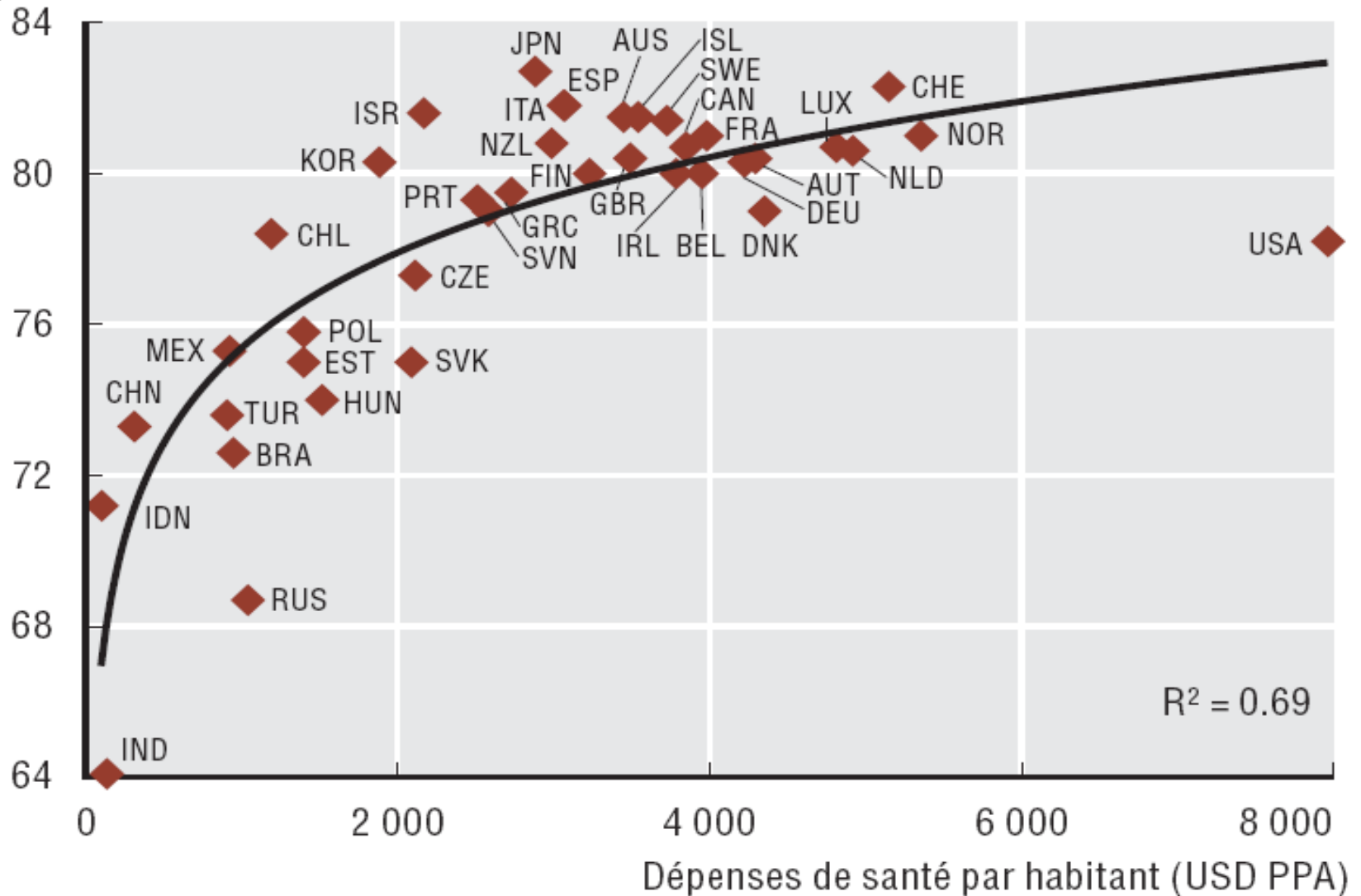
29/03/2012

# 1. Principaux indicateurs du système belge de santé (2009)

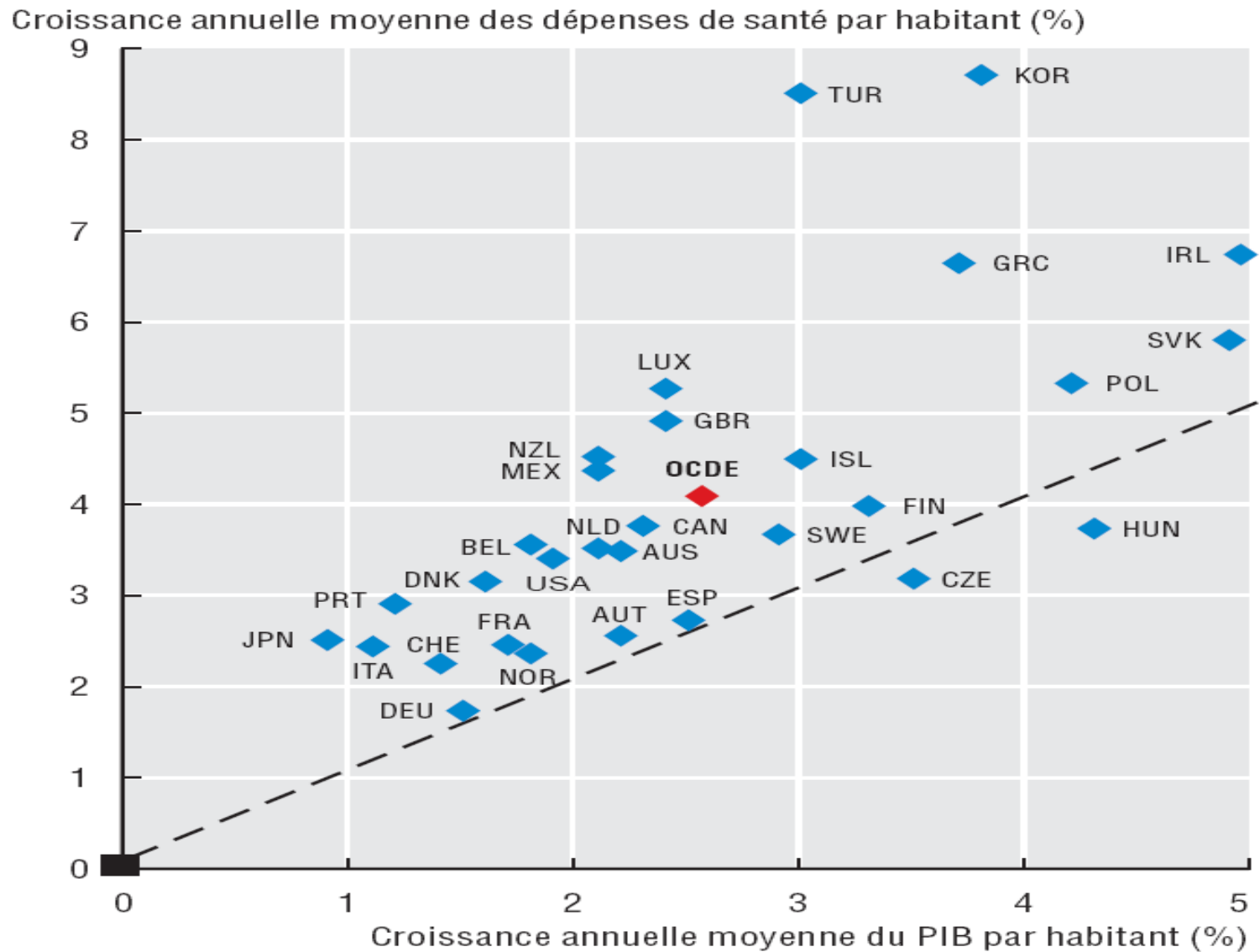
- La couverture de la population : 99.5%
- Les dépenses de santé en pourcentage du PIB : 10.9%  
(Etats-Unis : 17.4%, UK : 9.8%, moyenne OCDE : 9.6%)
- La part publique des dépenses de santé : 72.3% (dont 60% de cotisations sociales et 12.3% de subventions de l'Etat et de financement alternatif)  
(Etats-Unis : 45.4%, UK : 81.7%, moyenne OCDE : 73%)
- L'espérance de vie à la naissance : 80 ans  
(Etats-Unis : 78.2 ans, UK : 80.4 ans, moyenne OCDE : 79.5 ans)

- L'espérance de vie à la naissance et dépenses de santé par habitant

Espérance de vie en années



- La croissance annuelle moyenne des dépenses de santé et du PIB (en termes réels, 1997-2007)



car

- Evolution technologique
- Coût des médicaments
- Concurrence entre réseaux
  
- Vieillissement de la population
- Liberté d'accès des patients
- Aléa moral

- Mesures de régulation de l'offre et de la demande

- Médecins en activité pour 1000 habitants : 2.9

- (Etats-Unis : 2.4, UK : 2.7, moyenne OCDE : 3.1)

- Guidelines, accréditation, nouveaux modes de financement, ...

- Lits d'hôpitaux pour 1000 habitants : 6.5

- (Etats-Unis : 3.1 , UK : 3.3, moyenne OCDE : 4.9)

- Augmentation des parts à charge des patients et dès lors besoin de mesures garantissant l'accessibilité financière (statuts BIM, OMNIO, MAF, interventions forfaitaires pour maladies chroniques,...)

- Système performant sur le plan de l'efficacité, de l'équité, de la qualité, de la satisfaction des patients
- Menaces :
  - Institutionnelles (défédéralisation de l'assurance soins de santé)
  - Budgétaires (norme de croissance de l'objectif budgétaire)
  - Politiques (Commission européenne, FMI et risque de privatisation)
  - Systémiques (coûts des médicaments, concurrence entre réseaux,...)

## 2. L'équité du système de santé. Divers types d'études

- Une consommation en fonction des besoins
  - En médecine générale et hospitalière
  - Mais pas en médecine spécialisée
- Une meilleure distribution du revenu disponible ajusté par les transferts en nature de santé

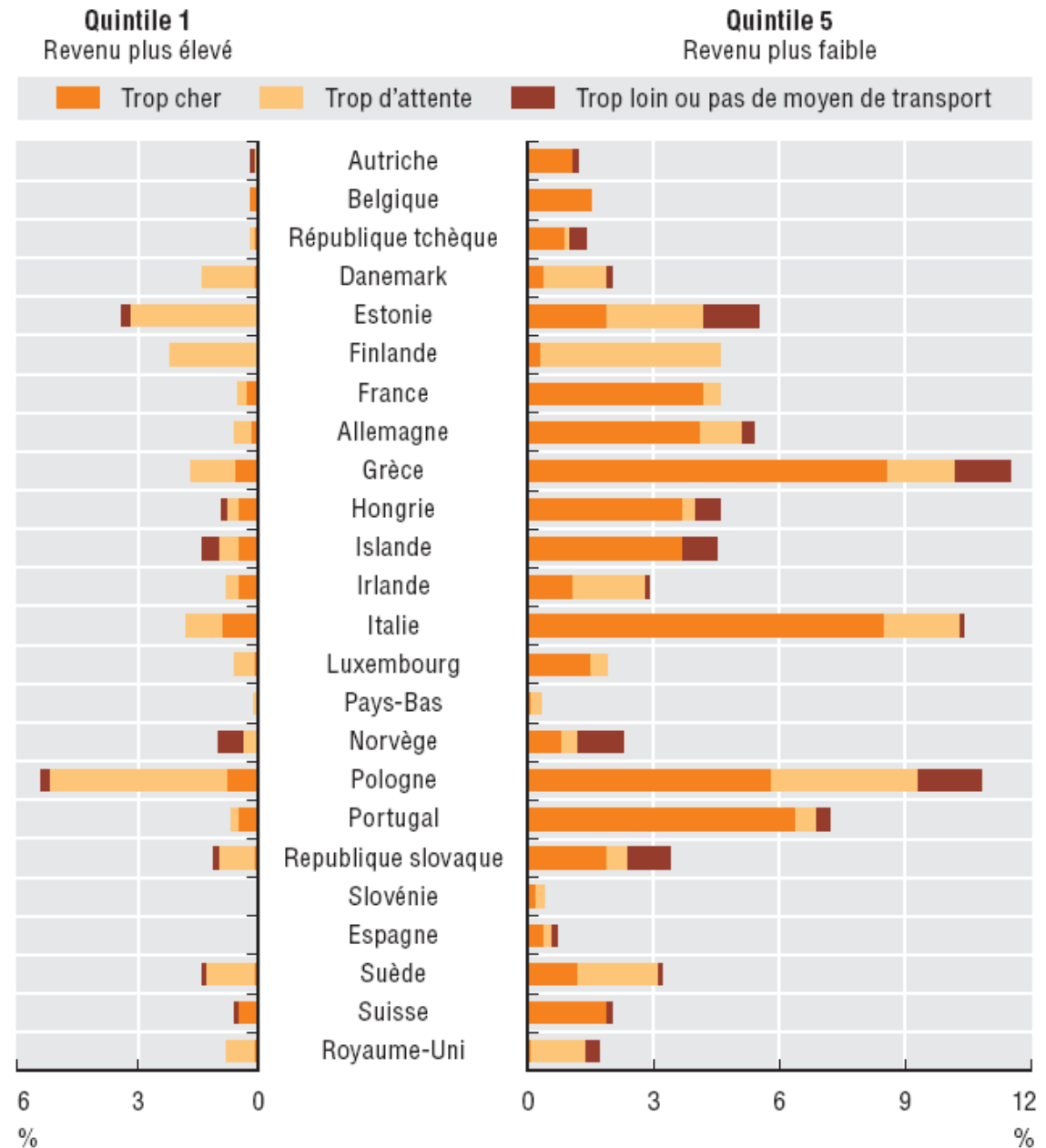
Quintiles de revenus	Part du revenu disponible (en %)	Part du revenu disponible ajusté par les dépenses publiques de santé (en %)
1 (le plus bas)	8.8	10.3
2	14.2	15.3
3	18.4	18.8
4	23.4	22.8
5 (le plus élevé)	35.2	32.8
<i>Total</i>	100.0	100.0



- Des lacunes subsistent
  - 4% de la population renoncent à des soins médicaux
  - 10% reportent leurs soins

Et ce, pour raisons financières

### 6.1.1 Besoins insatisfaits d'examen médical pour différentes raisons, par quintile de revenu, pays européens, 2009



Revenus mensuels nets par ménage	Nombre de ménages	Nombre de reports/ renoncement	Pourcentage
Moins de 494 EUR	21	12	57.1
De 495 à 744 EUR	120	62	51.7
De 745 à 991 EUR	114	49	43.0
De 992 à 1.239 EUR	52	16	30.8
Plus de 1.239 EUR	24	4	16.7
<i>Total</i>	331	143	43.2

### **3. Besoin d'actions au plan local pour garantir l'accessibilité : le rôle de la clinique André Renard**

- Remboursement du ticket modérateur et recours au tiers payant
- Respect des tarifs de remboursement de l'INAMI
- Lecteur « AssurCard » pour réponse rapide des organismes d'assurance hospitalisation
- Education à la santé (convention diabétique, centre de réadaptation fonctionnelle, service social,...)
- Information : site Internet, journées à thème (risque vasculaire,...)
- Qualité dans la prise en charge; questionnaires de satisfaction avec notamment l'objectif de réduire les barrières sociales et culturelles
- Réseau des partenaires